

# 診療情報提供書(紹介状)

(川越地区 CKD 診療連携プログラム:K-CKDI)

池袋病院

月水(午前/午後)、火(午前)

医療機関名:

年 月 日

康正会総合クリニック/康正会病院

月(午前)、水(午後)

赤心堂病院

医師氏名:

月(午後)、火木(午前)

埼玉医科大学総合医療センター

土(午前)

腎臓内科(腎・高血圧内科)

CKD 外来 担当先生

欄の該当箇所に、を入れて下さい

フリガナ 患者氏名 : _____ (男・女) 生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
1) 腎機能低下 または / かつ	<input type="checkbox"/> eGFR <u>50</u> 未満 (ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) ※相当する血清 Cr 値は別紙を参照
2) 尿蛋白	<input type="checkbox"/> (1+) 以上 が <u>連続 2回</u> 以上
【経過・診断】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎機能低下・蛋白尿・血尿の指摘歴 <input type="checkbox"/> 膠原病(自己免疫疾患) <input type="checkbox"/> その他( )	
【現在の処方】 <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 処方箋のコピー <input type="checkbox"/> お薬手帳 ) <input type="checkbox"/> なし	
【貴院以外の通院先】 <input type="checkbox"/> あり (医療機関名: ) <input type="checkbox"/> なし	
【備考】	

※過去の腎機能や尿検査、健康診断の結果があればご同封ください